



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

까지 에 대한 작성 양식을 보내주시시오

수혜자 번호:

언어:

프로그램:

현금보조금 수혜자격을 유지하려면 반드시 다음을 수행해야 합니다:

- 워싱턴주 행정법(WAC) 388-449-0220에 따라 화학물 의존 평가를 완료해야 함.
- 워싱턴주 행정법(WAC) 388-449-0220에 따라 화학물 의존 치료에 참여해야 함.
- WAC 388-449-0200에 따라 장애를 초래할 상태와 관련된 정신 건강 치료에 참여해야 함.
- WAC 388-449-0200에 따라 장애를 초래할 상태와 관련된 의학적 치료에 참여해야 함.

합당한 이유 없이 협조하지 않을 경우 워싱턴주 행정법(WAC) 388-449-0200, 388-449-0220에 따라 귀하의 현금보조금이 중단될 수 있습니다.

귀하의 치료/서비스를 담당하는 의사에게 이 양식을 작성해 달라고 부탁하십시오. 귀하의 책임 하에 (날짜)까지 이 작성 양식을 제게 보내주셔야 합니다.

보낼 곳:

전화:

팩스:

치료/서비스 담당 의사 작성란

_____이(가) _____ 치료/서비스를 제공했습니다.

의사 이름

참석 날짜 또는 횟수: _____

치료 진행 상황: 탁월 우수 보통 나쁨

이 수혜자의 참가가 만족스러웠습니까? 예 아니오

비고

서명

날짜

직위

전화번호

기관

주소